



# 問診表

カルテNo. ( ) 氏名 ( ) 20 年 月 日

・今回、診察にいらっしゃった理由についてお答えください。

1. 赤ちゃんが欲しいと思って ( 年 ヶ月 ) ・何人目ご希望ですか。 ( 人目希望 )

2. どの治療をご希望されていますか。 タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精・未定 (検査結果により決定)

3. 相談のみ ( ) 4. その他 ( )

・局所麻酔を使用したことはありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名: ) ・ いいえ

・薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名: ) ・ いいえ

・現在、内服している薬はありますか。 はい (薬名: ) ・ いいえ

・以前または現在、おおきな病気や手術 (婦人科含め) を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、下記の表にご記入ください。

診断日	病名	施設名	手術施行(年月)	処方について
年 月			未・済( 年 月)	あり (薬名: ) ・ なし
年 月			未・済( 年 月)	あり (薬名: ) ・ なし
年 月			未・済( 年 月)	あり (薬名: ) ・ なし

・たばこは吸いますか。 はい (1日 本) ・ いいえ

・お酒は飲みますか。 はい (頻度: 量: ) ・ いいえ

## 月経についてお答えください。

周期はどれくらいですか。	~ 日周期 順 / 不順 / どちらともいえない
出血は何日間ありますか。	日間
最近の月経開始日はいつですか。	20 年 月 日 ~
月経痛はありますか。	はい ( 頭・下腹部・腰・その他 ( ) ) ・ いいえ
痛み止めやピルは飲んでいませんか。	はい (薬品名: ) ・ いいえ

・1ヵ月あたりの性生活は何回くらいですか。 ( 回 ) / シリンジ法は行ったことがありますか。 はい ・ いいえ

・今まで排卵日に性生活を持つようになってきましたか。 常に ・ たまに ・ 気にしていない

・乳房を押すと乳汁が出ることがありますか。 はい ・ いいえ

・風疹にかかったことはありますか。 はい ・ いいえ ・ 不明

・風疹ワクチンを接種したことはありますか。 はい ( 年 月 ) ・ いいえ ・ 不明

・風疹検査を受けたことがありますか。 はい ( 年 月 / 数値 ) ・ いいえ ・ 不明

・子宮癌検査を受けたことがありますか。 頸癌: はい (異常あり・なし 施行年月 年 月 ) ・ いいえ

体癌: はい (異常あり・なし 施行年月 年 月 ) ・ いいえ

・ご自身の血縁の中に遺伝子疾患、高血圧、糖尿病の方はいらっしゃいますか。

はい (続柄: 疾患名: ) ・ いいえ

## パートナー様についてご記入お願いいたします。

大きな病気をしたことがありますか。

はい (病名: 、服用中の薬品名: ) ・ いいえ

たばこは吸いますか。 はい (種類: 1日 本) ・ いいえ

お酒は飲みますか。 はい (頻度: 量: ) ・ いいえ

増毛剤は使用していますか。 はい (名称: ) ・ いいえ

再婚の場合お子様はいますか。 はい（ 人） ・ いいえ